

# Chez nous

LE BULLETIN DES EMPLOYÉS DE L'HME

Publié par les Relations publiques et communications | [www.hopitalpourenfants.com](http://www.hopitalpourenfants.com)

23 MARS 2018



## Un exercice d'équilibriste : les erreurs innées du métabolisme

—page 2

Hôpital de Montréal  
pour enfants  
Centre universitaire  
de santé McGill



Montreal Children's  
Hospital  
McGill University  
Health Centre

### ÉGALEMENT DANS CE NUMÉRO :

Simulation pour améliorer les  
soins aux patients — Page 6

Célébrer le mois du travail social  
— Page 9

Eloisa Binder, étoile PFCC du  
mois — Page 10

# Une journée dans la vie d'une... nutritionniste!



*Chez nous* apprend à connaître les erreurs innées du métabolisme grâce à la seule nutritionniste du CUSM qui les traite *Par Stephanie Tsirgiotis*



► Florence Corleto, sept mois, est née avec la maladie du sirop d'érable, un type d'erreur innée du métabolisme. Sa mère, aussi prénommée Florence (à gauche), examine toujours les nouveaux aliments avec Marie Lefrançois (à droite) pour s'assurer qu'ils ne sont pas dangereux pour sa fille.

Marie Lefrançois a pensé quitter l'univers de la nutrition deux fois avant de trouver sa voie : soigner les patients présentant des erreurs innées du métabolisme (EIM). Au fil des ans, son champ d'activité a connu une croissance incroyable, et elle traite maintenant plus de 100 patients pédiatriques et adultes par année. Le terme « erreur innée du métabolisme » se rapporte à une série de maladies génétiques rares dans lesquelles l'activité enzymatique d'un enfant est dysfonctionnelle et entraîne une accumulation de produits toxiques, tels que l'urée ou l'ammoniaque, dans le sang. L'accumulation de tels produits survient quand certains aliments sont digérés, et elle peut causer de graves problèmes de santé et de développement. Le principal traitement est un régime alimentaire spécialisé.

## L'ENZYME MANQUANTE

Au début des années 1970, le Québec a commencé à faire des tests de dépistage à la naissance pour quelques-unes de ces maladies, notamment pour la plus fréquente d'entre elles, la phénylcétonurie (PCU). « Nous pouvons déjà dépister quatre de ces maladies par une piqûre au talon peu après la naissance, mais nous travaillons à en augmenter le nombre », explique Marie. Le lien commun entre toutes ces maladies, c'est que dans chaque cas une enzyme manque ou est dysfonctionnelle. Pour les patients atteints de PCU, cette enzyme manquante peut entraîner une accumulation néfaste de phénylalanine dans le sang qui, sans traitement, peut causer des dommages irréversibles au cerveau. « Sans un traitement adéquat, des adultes peuvent se retrouver avec les capacités mentales d'un enfant de six mois », souligne-t-elle.

*suite >>*








## Chez nous est publié par le bureau des Relations publiques et communications de L'HME

Rédactrice : Stephanie Tsirgiotis  
Collaboratrices : Maureen McCarthy  
Sandra Sciangula  
Design : Vincenzo Comm  
Design inc.  
Photographie : Owen Egan  
Dr. Lily Nguyen  
Sandra Sciangula  
Stephanie Tsirgiotis  
Traduction française : Joanne Lavallée

Pour soumettre des témoignages ou des idées pour le *Chez nous*, communiquez avec le bureau des Relations publiques et communications au poste 24307 ou à l'adresse [mchpr@muhc.mcgill.ca](mailto:mchpr@muhc.mcgill.ca).

La production du *Chez nous* est rendue possible grâce au financement de la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

### Suivez-nous sur

-  [facebook.com/lechildren](https://facebook.com/lechildren)
-  [twitter.com/HopitalChildren](https://twitter.com/HopitalChildren)
-  [instagram.com/lechildren](https://instagram.com/lechildren)



Sur la page couverture :  
Florence Corleto, 7 mois, et sa mère

Photo couverture : Owen Egan

Si l'une de ces maladies est détectée à la naissance, l'enfant est immédiatement soumis à un régime spécialisé. En travaillant avec ces patients, Marie doit éliminer complètement un type d'aliment ou en réduire la quantité consommée pour éviter l'accumulation de déchets toxiques dans l'organisme. « Certains aliments produisent certains produits toxiques, et c'est pourquoi nous devons rapidement soigner ces patients, dit-elle. Je vois les patients nouveau-nés chaque semaine pendant les six premiers mois, après quoi je continue à les voir régulièrement même une fois rendus adultes. » Selon la maladie, Marie peut prescrire une formule sur mesure ou donner des instructions à la mère sur la quantité de lait maternel que le bébé peut boire.

La glycogénose de type 1 est un autre type d'erreur innée du métabolisme. Elle est causée par l'accumulation de glycogène, une forme de glucose emmagasiné dans les cellules du foie et des muscles. Pour diminuer la quantité de glycogène dans le corps, les patients doivent éliminer de leur alimentation les produits laitiers (galactose), les fruits (fructose), le sucre de table (sucrose) et le sorbitol. « Ils doivent aussi se lever au milieu de la nuit pour manger de la féculé de maïs, faute de quoi leur taux de sucre dans le sang chutera à un niveau dangereusement bas, ce qui pourrait être fatal, explique Marie. Alors la féculé de maïs, un ingrédient de base en cuisine, devient un médicament. »

### UN EXERCICE D'ÉQUILIBRISTE

Prescrire le parfait équilibre en nutriments est un défi, parce que chaque patient est unique. « Il faut non seulement que je m'assure que le patient réduit la quantité de déchets toxiques dans son système, mais aussi qu'il continue à grandir et à se développer normalement », dit-elle. Si la maladie est diagnostiquée tôt et que le régime est suivi rigoureusement, les patients peuvent vivre une vie normale, mais



► Marie est la seule nutritionniste au CUSM qui traite les patients présentant des erreurs innées du métabolisme. *suite >>*

## Une journée dans la vie... (suite)

l'accumulation de déchets peut se produire rapidement si le régime n'est pas respecté ou si le patient attrape un simple rhume ou une gastroentérite. Dans certains cas, l'accumulation est si dangereuse que l'enfant doit subir une dialyse pour éliminer rapidement les produits toxiques de son corps avant de commencer le régime.

Chaque fois que Marie voit un patient, elle fait toute une série de tests sanguins pour analyser l'état nutritionnel de l'enfant, puis elle compare les résultats avec ceux de la visite précédente pour s'assurer qu'il n'y a pas de pics ou de chutes de ses taux d'acides aminés. « Si j'observe une grande variation, ça veut dire qu'il y a quelque chose que je n'ai pas prescrit en assez grande quantité et que je dois ajuster le régime, ou que l'enfant ne suit pas son régime, explique Marie. Dans bien des cas, on ne peut pas savoir si un enfant suit mes recommandations simplement en le voyant. Toutes les réponses sont dans le sang, et il faut que le patient suive son régime toute sa vie durant. »



► Marie voit les patients nouveau-nés chaque semaine pendant les six premiers mois, après quoi elle continue à les voir régulièrement même une fois rendus adultes.

Quand un enfant commence à manger des aliments solides, Marie prescrit des produits alimentaires spécialisés, comme des pâtes à faible teneur en protéines. Ces produits ne sont pas faciles à se procurer et ils doivent être commandés par le biais du Programme alimentaire québécois pour le traitement de maladies métaboliques héréditaires, qui est géré à l'Hôpital de Montréal pour enfants. « Nous gérons le programme pour toute la province », dit-elle. Au total, il y a cinq centres au Québec qui traitent ce type de patients, mais seulement 10 à

12 nutritionnistes ont cette formation spécialisée, et Marie est la seule à l'avoir au Centre universitaire de santé McGill.

### LE BON ENDROIT

L'une de ses patientes est Florence Corleto, sept mois, surnommée affectueusement « Florencita » par le département de génétique. Sa mère, prénommée aussi Florence, faisait la navette entre El Salvador et Montréal pour une formation dans le secteur de la vente au détail quand elle a été bloquée à l'aéroport parce que les employés de la compagnie aérienne pensaient qu'à 34 semaines elle était trop avancée dans sa grossesse pour prendre l'avion. « Je me sentais bien, mais ils voulaient une note d'un médecin pour me permettre de voyager », raconte-t-elle. Après avoir vu un médecin, on lui a confirmé que sa fille se présentait par le siège et qu'elle devait avoir une césarienne. « Mon plan, c'était de donner naissance à ma fille et de rentrer aussitôt à la maison, mais ça ne s'est pas passé comme ça », se rappelle Florence.

À six jours, Florencita mangeait à peine et dormait 21 heures par jour. Florence l'a amenée à l'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants où on a fait toute une batterie de tests, y compris une ponction lombaire pour écarter la possibilité d'une méningite. « Au début, ils pensaient qu'elle était déshydratée parce qu'elle dormait trop, mais elle n'a pas été plus active une fois qu'ils l'ont eu réhydratée », dit-elle. L'équipe a aussi remarqué qu'elle avait des taux de leucine extrêmement élevés dans l'organisme.

On a fait appel au département de génétique qui a diagnostiqué chez Florencita la maladie du sirop d'érable. La maladie se caractérise par l'accumulation toxique d'un acide aminé, appelé leucine, dans le sang. « Avec cette maladie, l'accumulation de leucine finit par donner à l'urine une odeur typique de sirop d'érable, d'où le nom », explique Marie. Si la maladie est prise trop tard, l'enfant se retrouve avec plusieurs graves problèmes de santé, y compris d'importants dommages au cerveau; dans certains cas, elle peut même causer la mort.

Florencita a immédiatement été placée sous hémodialyse pour éliminer la leucine de son corps, puis elle a été hospitalisée à l'unité de soins intensifs pédiatriques. « Ses taux étaient

*suite >>*

tellement élevés que nous avons peur qu'elle tombe dans le coma et meure», raconte sa mère. Les médecins et les infirmières l'ont surveillée de près, en contrôlant ses reins, ses taux d'acide aminé et son développement au quotidien. Marie a aussi prescrit une formule spéciale et d'autres suppléments pour couvrir tous ses besoins nutritionnels. En grandissant, Florencita continuera à être limitée quant à ce qu'elle pourra manger. Elle ne pourra pas manger d'aliments contenant des protéines de haute qualité ni de produits laitiers, parce que son corps ne peut pas traiter ou digérer les protéines. «Elle devra être strictement végétalienne, mais nous devons faire le suivi de toutes les leucines consommées, et elles sont courantes dans les aliments comme les haricots et le maïs», rapporte Florence.

En plus de devoir gérer la maladie de sa fille, Florence doit aussi faire face à une autre terrible épreuve : elle ne peut pas rentrer à la maison. «Il n'y a pas de spécialiste à El Salvador qui peut soigner la maladie. Il n'y a pas non plus de laboratoire qui peut faire ses analyses sanguines, et sa formule spéciale n'est pas disponible dans mon pays, dit-elle. Je suis complètement seule au Canada, mais si nous rentrons à la maison maintenant, ma fille pourrait mourir.» Marie explore donc d'autres options pour obtenir des soins plus près de chez elle, soit au Costa Rica ou à Mexico.



► Lina Moisan, infirmière en génétique médicale, mesure Florence à chaque visite.

«Chaque jour, je me dis combien nous sommes choyées, dit Florence. Ma fille ne serait probablement pas en vie aujourd'hui sans tout ce que l'équipe de l'hôpital et cette province ont fait pour nous. Quelle ironie quand même que ma fille ait été diagnostiquée de cette maladie dans la capitale du sirop d'érable!» ■

## Des étudiants jettent un regard sur leur avenir

L'HME organise une journée d'exploration de carrière pour des étudiants du secondaire



Le 13 mars, 46 étudiants du secondaire intéressés par une carrière dans le milieu de la santé ont eu la chance de visiter l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) et l'Institut de recherche du CUSM. Des étudiants de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> secondaire de la Commission scolaire English-Montréal (CSEM) ont rencontré Jessica St-Onge, infirmière au département d'urgence de l'HME, Vicky Fortin, technologue spécialisée en imagerie médicale, et le

D<sup>r</sup> Chris Karatzios, spécialiste des maladies infectieuses et pédiatre dans les unités de soins. Ils ont aussi visité le laboratoire de la D<sup>re</sup> Pia Wintermark, qui leur a expliqué les recherches qu'elle mène sur les dommages aux yeux et au cerveau des nouveau-nés. ■



# C'est en forgeant qu'on devient forgeron



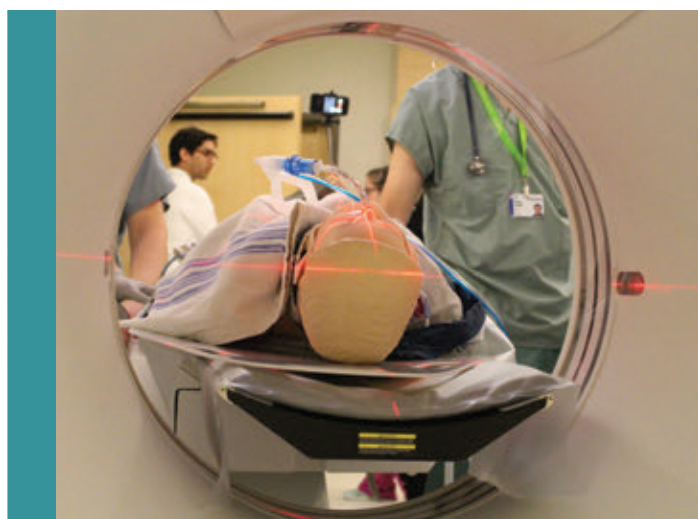
Simulation multidisciplinaire pour améliorer les soins aux patients

Par Sandra Sciangula



► Le chef de l'équipe de traumatologie, le Dr Hussein Wissanji, chirurgien pédiatre, entretient une communication constante avec les membres de l'équipe pendant tout le processus de simulation.

Le mois dernier, plus de 50 professionnels de la santé de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) ont participé à une simulation en médecine d'urgence pédiatrique pour un cas 10/10, soit le plus grave trauma vu à l'urgence. Sur les 50 professionnels impliqués, environ 20 ont pris part activement à la simulation pendant que les 30 autres y assistaient en direct par vidéo à l'auditorium de l'Institut de recherche. L'exercice a été organisé et mis au point par une équipe sous la direction de la Dr<sup>e</sup> Ilana Bank, spécialiste en médecine d'urgence pédiatrique et directrice du programme de simulation de l'HME. L'équipe a travaillé sur un mannequin, « le patient », représentant un garçon de 14 ans conduit à l'urgence après un accident de mobylette. Une actrice a rejoint l'équipe pour jouer le rôle de la mère du patient, et la technologie ALSi a été utilisée



► Le « patient » – un mannequin utilisé pour les exercices de simulation – subit un examen de tomodensitométrie.

*suite >>*



► Les membres de l'équipe préparent le patient pour l'examen d'imagerie au département de radiologie d'intervention.



► Le patient est transporté à l'USIP.



► L'équipe de l'USIP prend la relève de l'équipe de traumatologie quand le patient arrive à l'USIP.

pour afficher les signes vitaux du patient. Même s'il n'y avait aucun danger réel, toutes les personnes impliquées ont pris la simulation très au sérieux et joué leurs rôles comme si la situation était vraie.

Dès que la simulation a commencé, l'énergie a monté d'un cran, les appareils ont commencé à bipper, et tout le monde s'est mis au travail de façon très concentrée. Le groupe était subdivisé par paires de spécialistes qui jouaient des rôles précis et partageaient des tâches : un inhalothérapeute aidait à la ventilation pendant qu'un autre préparait l'équipement d'intubation; deux infirmières d'urgence enregistraient et préparaient avec soin chaque médicament qui était demandé, tandis qu'une autre infirmière apportait son aide au chevet du patient. Il y avait un bourdonnement incessant d'activité et de communication au sein des groupes mêmes et dans le plus grand groupe en général. Le Dr Hussein Wissanji, chirurgien pédiatrique et chef d'équipe en traumatologie (CET), a dirigé le groupe comme un vrai chef d'orchestre : il a imposé des moments de calme et réclamé d'un signe les données dont il avait besoin pour prendre des décisions immédiatement sur les soins à donner au patient, annonçant les étapes à venir et s'entretenant régulièrement avec la mère du patient.

### LE CHEMINEMENT DU PATIENT JUSQU'À L'USIP

La simulation a commencé dans la salle de réanimation – aussi connue sous le nom de salle rouge – à l'urgence, où sont traités les cas les plus graves. L'équipe comprenait deux urgentologues, trois infirmières d'urgence, deux inhalothérapeutes, un technologue en radiation médicale, un radiologiste d'intervention, deux anesthésiologistes, un travailleur social, un membre du service de soutien spirituel, un médecin et un résident en orthopédie, un stagiaire de l'unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) et le chef d'équipe en traumatologie.

*suite >>*



## C'est en forgeant... (suite)

Une fois le patient stabilisé, il a été amené en tomodensitométrie pour examen, où on a pris la décision de le transférer au département de radiologie d'intervention pour traiter un saignement artériel; puis on l'a conduit à l'unité de soins intensifs pédiatriques où l'équipe de l'USIP a repris ses soins en main.



► Le Dr Wissanji répond aux questions de la « mère » du patient – une actrice qui a participé à tout le processus de simulation.

### PRÊT POUR LA RÉALITÉ

L'objectif ultime de la simulation est d'améliorer les soins aux patients. L'exercice de la Dr<sup>e</sup> Bank est censé reproduire le plus possible la vie réelle en faisant participer les membres de différentes disciplines qui seraient normalement impliqués dans la prise en charge de ce type de cas de traumatologie. L'idée est de s'entraîner à communiquer efficacement et donner aux professionnels l'occasion d'en apprendre plus sur l'expérience des autres, leur rôle au sein d'un département et leur façon de travailler. « C'est une occasion de partager un modèle mental et de s'exercer au transfert des soins pour que cela se fasse le plus harmonieusement possible quand une telle situation se produit dans la vie réelle », explique la Dr<sup>e</sup> Bank. Toute la simulation et le débriefage qui a suivi ont été enregistrés, annotés et partagés avec le groupe, pour que les succès et les éléments à améliorer soient vus par tous ceux et celles qui y ont participé.

Le Dr Wissanji rapporte qu'un des aspects qu'il a le plus appréciés dans la simulation, ce sont les commentaires de la « mère ». « Ce sont des renseignements très précieux que nous avons rarement dans des cas de trauma de ce type », dit-il. Quand on lui demande s'il recommanderait à ses collègues de participer à la prochaine simulation, le Dr Wissanji n'hésite pas une seconde. « C'est en forgeant qu'on devient forgeron. Incontestablement, oui! » ■



► La Dr<sup>e</sup> Ilana Bank dirige une séance de débriefage à l'amphithéâtre de l'IR immédiatement après la simulation.





# Mois national du travail social

Par Sandra Sciangula



Les travailleurs sociaux cliniciens aident les familles à gérer le stress qui vient avec l'hospitalisation, la blessure ou la maladie d'un enfant. Ils conseillent les familles, défendent leurs intérêts, les forment et les mettent en relation avec les ressources communautaires et gouvernementales; ils évaluent aussi les besoins psychosociaux des patients et des familles, et aident les patients à faire la transition entre l'hôpital et la maison. À l'occasion du Mois du travail social, nous braquons les projecteurs sur Marie Laberge et Laura Amer, des travailleuses sociales dévouées qui éprouvent un énorme sentiment de satisfaction à aider les patients et les familles auprès desquels elles travaillent.



**Laura Amer**  
travailleuse sociale en psychiatrie

À titre de travailleuse sociale à la clinique ambulatoire de psychiatrie de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME), le rôle de Laura Amer en est un de thérapeute. Elle travaille directement avec le psychiatre pour évaluer la nature des symptômes du patient afin d'élaborer un plan de traitement. « En psychiatrie, l'un des rôles du travailleur social est d'aider les patients à se sentir suffisamment à l'aise pour s'ouvrir et parler de leurs souffrances pour que nous puissions commencer à les comprendre », explique Laura. Les cliniques ambulatoires de psychiatrie de l'HME traitent les cas les plus complexes et les plus difficiles. « La majorité de nos patients nous sont envoyés après avoir subi des évaluations et des traitements en externe sans succès; quand ils nous arrivent, ils se sentent parfois totalement désespérés ou ont l'impression qu'ils n'iront jamais mieux », dit Laura qui ajoute : « C'est profondément gratifiant de voir un enfant arrivé ici en grande souffrance commencer à se sentir mieux, et même retrouver le sourire. »

Défendre les intérêts des familles est un volet important du travail social à « l'unité de soins intensifs néonataux », explique Marie Laberge qui œuvre comme travailleuse sociale depuis plus de 30 ans, dont les 20 dernières à l'Hôpital de Montréal pour enfants. Elle travaille principalement à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) où les parents traversent souvent la période la plus difficile et la plus sensible de leur vie. « Nous intervenons dans la vie d'une famille en pleine période de crise », rapporte Marie. Aider les parents à s'adapter à ce qui est souvent un long séjour dans la plus grande unité de soins de l'hôpital est l'essentiel du travail de Marie et de ses deux collègues en travail social à l'USIN. On y offre différents services : de l'aide instrumentale, comme le logement, du soutien pour les demandes de prestations gouvernementales spéciales, l'aiguillage vers les ressources communautaires ou encore des services de soutien pour les besoins affectifs de la famille et d'intervention en cas de crise. « On prend vraiment soin de toute la famille », dit Marie, qui ajoute : « Sentir que je peux donner plus de pouvoir aux parents à un moment critique de leur vie est extrêmement gratifiant. » ■



**Marie Laberge**  
travailleuse sociale à l'USIN

# Eloisa Binder, étoile PFCC de ce mois-ci

Par Maureen McCarthy



Isabelle et Olivier se souviennent très bien de ce qu'ils ont ressenti quand ils ont ramené à la maison leur fils Guillaume après six mois passés à l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME), d'abord à l'unité de soins intensifs néonataux (USIN), puis à l'unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) et à l'unité de soins médicaux. « C'était la première fois de sa vie qu'il n'était pas entouré d'appareils qui nous disaient exactement comment il allait », raconte Isabelle. Avant de quitter l'hôpital, la famille a été dirigée vers le Service de soins complexes (SSC), où elle a rencontré l'infirmière clinicienne Eloisa Binder. « Dans l'année qui a suivi, Eloisa nous a aidés tellement souvent à prendre soin de Guillaume, et de tellement de façons », rapporte Isabelle, qui a proposé Eloisa pour recevoir l'étoile des soins centrés sur le patient et la famille de ce mois-ci.

Le SSC s'occupe des enfants qui ont des besoins médicaux complexes, et Eloisa est l'une des neuf infirmières cliniciennes spécialisées qui gèrent et coordonnent leurs soins. Le SSC dispose de plusieurs programmes spécialisés, dont la clinique de dysplasie bronchopulmonaire (DBP), qui fait partie du secteur d'activité d'Eloisa. « Quand Guillaume est rentré à la maison pour la première fois, il était sous oxygène, alors nous le suivions régulièrement à la clinique de DBP », raconte Eloisa. Au SSC, on incite les parents à rester en contact autant qu'ils en ont besoin. « Je m'assure qu'ils savent qu'il n'y a pas de question trop futile pour être posée. Je communique beaucoup avec eux entre les rendez-vous. » En plus de son travail à la clinique de DBP, Eloisa s'occupe aussi des greffés cardiaques et des cas multiplexes (enfants aux besoins complexes et multiples).

[suite >>](#)





Eloisa comprend bien le périple qui mène les familles de l'USIN jusqu'à la maison. Avant de se joindre à l'équipe du SSC il y a dix ans, elle a travaillé 15 ans à l'USIN de l'HME. Pendant son passage là, elle a suivi un cours pour devenir spécialiste des pompes d'oxygénation extracorporelle par membrane (technique ECMO) et elle était l'une des infirmières membres de l'équipe d'ECMO de l'USIN à sa création.

Pour Eloisa, travailler dans une optique de soins centrés sur le patient et la famille, ça signifie traiter une famille de la façon dont elle voudrait que sa propre famille soit traitée. Se décrivant comme une personne sociable, elle pense qu'avec ses nombreuses années d'expérience en pédiatrie, elle comprend bien ce que vivent les parents. « Les parents comprennent et connaissent leur enfant, c'est donc important qu'ils aient leur mot à dire dans toutes les discussions et les décisions, et qu'ils sentent qu'ils font partie de l'équipe, précise-t-elle. Il peut arriver qu'ils soient gênés de parler à un membre de l'équipe soignante de leur enfant, alors c'est important de faire en sorte qu'ils soient à l'aise d'exprimer leurs opinions ou d'avoir quelqu'un à leurs côtés pour défendre leurs

intérêts. » Eloisa souligne que ce n'est pas quelque chose qu'elle fait consciemment; c'est juste sa façon d'aborder son rôle d'infirmière. « S'il y a quelque chose de mieux qu'on peut faire pour un enfant, ou une autre façon d'aider la famille, alors vous faites de votre mieux pour que ça se concrétise. »

Isabelle convient qu'Eloisa a toujours fait plus que le nécessaire. Guillaume est né très prématurément, et l'année qui a suivi son arrivée à la maison, il a eu d'importants problèmes avec sa respiration et son alimentation. À un certain moment, il a même dû être nourri à l'aide d'un tube naso-gastrique. « Depuis notre premier rendez-vous au Service de soins complexes, Eloisa a été avec nous, dit Isabelle. Elle a été d'une grande aide pour nous, très à l'écoute et compatissante. Elle nous a vraiment soutenus quand nous avons dû apprendre à nous occuper de Guillaume à la maison, et elle a toujours été à nos côtés quand nous avons des doutes ou des inquiétudes. » Isabelle ajoute que la communication et la confiance qu'ils ont établies avec Eloisa ont été très importantes. « Nous sentions que nous étions des partenaires dans les soins de Guillaume, et ça voulait dire tout pour nous. » ■



**Nos étoiles PFCC sont en vedette sur Instagram et sur la page Facebook de l'HME. Voici ce que les gens avaient à dire sur notre étoile du mois de février, Judy Edes.**

**Alison Jung**

*Judy est extraordinaire. Elle a tellement aidé notre famille quand notre petit garçon a été hospitalisé pendant un mois. Elle était encourageante et aidante, et avait toujours un sourire radieux qui nous remontait le moral!*

**Mikokato**

*Elle est fantastique! Elle le mérite tellement! Heureux pour vous Judy!*

**Pamela Audette**

*Félicitations Judy, continuez le formidable travail que vous faites!*

**Mélanie Mireault**

*Wow, elle le mérite tellement... 😊*

# Célébrer le mois des services éducatifs

L'Hôpital de Montréal pour enfants ne serait pas ce qu'il est sans le département des Services éducatifs. Merci pour tout ce que vous faites pour nos patients et familles! Vous contribuez à rendre leur séjour agréable, éducatif et chaleureux.

Voici ce que certains patients et familles avaient à dire au sujet de l'équipe des Services éducatifs.



« Nous avons participé au programme de présence parentale à l'induction (PPI) avec Sabrina et Nathalie, et aujourd'hui, je ne pourrais pas imaginer mon fils entrer en salle d'opération sans moi. Nous aimons vraiment beaucoup les membres de l'équipe des Services éducatifs. »

—Édith Lacroix, mère de Félix-Antoine

« Julie est tellement attentionnée. Elle sait ce qu'aime chaque enfant qui est à l'hôpital de jour. Elle m'a fourni le mot de passe wifi pour que je puisse écouter de la musique et regarder des vidéos sur YouTube pendant que je suis ici. Elle ne ménage pas sa peine et s'assure qu'il y a des films pour quelqu'un de mon âge, comme des films de guerre ou Batman. »

—Julien, 15



« Anna s'est servie d'une poupée pour m'aider à comprendre que j'allais perdre mes cheveux, mais que j'étais encore belle. Puis, elle m'a donné la poupée pour que je l'apporte à la maison! J'aime aussi beaucoup jouer avec Afifah quand je viens au centre de jour. On fait beaucoup de bricolage ensemble. J'adore dessiner des fleurs, parce qu'elles me rappellent le printemps. »

—Mia, 4

« Je suis en dialyse trois jours par semaine, pendant cinq heures à chaque fois, alors Doreen organise toutes sortes d'activités amusantes pour moi. J'aime tout particulièrement les mercredis, parce qu'on cuisine! J'adore la pâtisserie et manger les petits gâteaux qu'on fait. Mes préférés sont ceux à la vanille avec du glaçage et des bonbons. »

—Halil, 13

